

# **Financement et pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé : synthèse**

**Document de travail du Hcaam**

**Novembre 2023**

## Tables des matières

<b>1</b>	<b>Définition des rôles dans le système de santé et les investissements</b> .....	<b>4</b>
1.1	Responsabilités conférées en matière d'accès aux soins et autorité sur les moyens associés .....	4
1.2	Mutualisation des moyens d'investissement <i>versus</i> approche mono-site .....	5
1.3	La capitalisation des pratiques et le partage d'expérience .....	6
<b>2</b>	<b>Planification stratégique</b> .....	<b>9</b>
2.1	Décision d'investir et priorisation des projets fondées sur un inventaire factuel et exhaustif du patrimoine existant .....	9
2.2	Prospective de l'investissement en santé organisée à l'échelle de la maturité d'un tel investissement, soit 20 à 30 ans .....	10
2.3	Articulation entre planification territoriale et planification en santé .....	11
<b>3</b>	<b>Critères d'investissement et étapes d'investissement</b> .....	<b>13</b>
3.1	Séquençage du processus décisionnel : engagements clairs et précoces sur le financement, les objectifs de santé publique et les exigences d'organisation .....	13
3.2	Nouvelles approches des phases d'étude urbanistique et architecturale .....	13
3.3	Valorisation du franchissement des jalons sur un plan décisionnel et en termes de dialogue public .....	14
<b>4</b>	<b>Financement</b> .....	<b>15</b>
4.1	Méthodes de contrôle économique et financier applicables aux établissements assurant le service public hospitalier .....	18
4.2	Autorité des collectivités locales sur la priorisation des investissements .....	19

## Synthèse

Ce document synthétise les enseignements des documents de travail du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) consacrés aux comparaisons internationales des pratiques de financement et pilotage de l'investissement en santé, à la description de ces pratiques en France et à leur mise en perspective historique. Ces enseignements sont regroupés en 4 thèmes : la définition des rôles dans le système de santé et les investissements (1), la planification stratégique (2), les critères et étapes d'investissement (3) et le financement (4).

La comparaison internationale ne dénote pas un retard particulier de la France en matière d'investissement, mais plutôt un effort économique proche de la moyenne voire légèrement supérieur à la tendance des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), et ce sur une période longue. L'effort de la décennie 2005-2015 était particulièrement exceptionnel et un regard centré sur la période 2010-2020 aboutit donc à constater une forte baisse mais celle-ci est à mettre en perspective<sup>1</sup>.

En revanche, aller au-delà de cette approche financière en faveur d'une analyse plus technique est difficile. Les taux d'équipement français ne dénotent pas une situation de retard flagrant mais ceux-ci ne rendent pas compte du degré de renouvellement d'un parc qui a été constitué pendant le développement des années 1960-1970. La comparaison internationale montre que de nombreux pays partagent cette période de fort développement du parc hospitalier, ainsi que l'enjeu de son renouvellement. Pour autant, il n'existe pas de bases de données en matière d'équipement et de vétusté, en l'absence d'un véritable inventaire patrimonial ; seuls certains pays, dont la France ne fait pas partie, se dotent d'un tel inventaire permettant d'objectiver l'état de vétusté et de prioriser les opérations en conséquence. Ce point figure parmi les principaux enseignements de l'étude internationale.

---

<sup>1</sup> Documents de travail du Hcaam, 2023 :

*Financement et pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé :*

- *Volet international*
- *Situation française : mise en perspective historique*
- *Portrait du fonctionnement en France*

## 1 Définition des rôles dans le système de santé et les investissements

Ce premier volet s'attache plus particulièrement aux enjeux de gouvernance et de répartition des rôles entre les acteurs de l'investissement en santé. Ces acteurs sont de plusieurs ordres, associant à la fois les métiers du soin, de l'administration en santé et des métiers plus techniques dans le champ du financement, de l'immobilier et du numérique. Trois principales thématiques se dégagent :

- le lien entre responsabilités conférées en matière d'accès aux soins et autorité sur les moyens associés
- la mutualisation des moyens d'investissement, par opposition à une approche mono-site
- la capitalisation des pratiques et le partage d'expérience.

### 1.1 Responsabilités conférées en matière d'accès aux soins et autorité sur les moyens associés

Pour simplifier, on peut considérer que l'investissement en santé comporte deux facettes, du moins pour sa composante immobilière. Selon la première, l'investissement est une commodité : elle vise des moyens logistiques à mettre au service du soin. La seconde facette, à l'inverse, porte sur l'enjeu que représente l'immobilier en matière d'implantation géographique et donc d'égalité d'accès aux soins. Avec l'immobilier, les enjeux économiques de l'investissement prennent leur dimension spatiale. La première facette appelle plutôt la responsabilisation du gestionnaire sur l'entretien du parc, et la conception d'espaces à même de soutenir des organisations de soins efficaces ; la seconde renvoie à la régulation graduée de l'offre de soins.

La comparaison avec d'autres pays tend à montrer une concordance entre la responsabilité, devant l'usager, de l'égal accès aux soins et l'autorité accordée sur les moyens d'investissement. L'approche de cette concordance varie selon les pays, mais suppose d'arrêter un périmètre de responsabilité territoriale pour les établissements de santé. Pour illustrer :

- Les Länder allemands sont missionnés sur l'égal accès aux soins et déterminent en conséquence les moyens d'investissement qu'ils mobilisent, et en répondent devant leurs administrés ; il en va de même en Italie via les Regione, au Canada via les provinces, mais aussi en Suède, où les collectivités locales organisent l'offre de premier recours par le biais de concessions et se fédèrent en groupements pour piloter l'offre de soins hospitalière. L'échelon national contractualise des objectifs avec l'échelon régional mais n'intervient pas dans les arbitrages sur des opérations individuelles ;
- D'autres pays tels que les Pays-Bas et la Californie ont plutôt opté pour une responsabilisation des assureurs sur la couverture de la population et l'accès aux soins, et encouragent une régulation « de marché » tout en soutenant l'attractivité des opérateurs de soins sur le marché des capitaux par le biais de garanties d'emprunt. Le recours à la subvention pour soutenir l'investissement est beaucoup plus marginal, ou transitera le cas échéant par une responsabilité d'actionnaire d'opérateur de soins.

Sur le territoire français, il semble que la voie de recours pour toute inégalité d'accès aux soins constatable reste du ressort de l'Etat (par l'intermédiaire des ARS), alors que les moyens associés sont de la responsabilité des opérateurs de soins ; l'Etat comme les collectivités pouvant intervenir par un concours financier parfois significatif, mais sans être décisionnaires.

A cet égard, on peut noter que la psychiatrie sectorisée et l'Hospitalisation à domicile (HAD), ainsi que certaines Missions d'intérêt général (MIG, telles que le Service d'aide médicale urgente (Samu)), sont des champs où le service public hospitalier s'accompagne d'une définition d'un périmètre géographique de responsabilité territoriale, à la différence des champs Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et Soins de suite et de réadaptation (SSR). Les nouvelles dispositions réglementaires publiées début 2022 en matière de SSR, par exemple, ne comportent pas de précisions relatives aux objectifs d'accessibilité aux soins. A défaut, il y a des limites dans le degré avec lequel un établissement peut être considéré comme responsable de l'accès au service auprès des usagers.

Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) peuvent renouveler ce raisonnement en réintroduisant une forme de responsabilité territoriale à l'échelle du Groupement, sous réserve qu'il fédère l'ensemble du service public hospitalier de son ressort. Cela suppose aussi que la gouvernance des GHT associe plus étroitement les élus locaux.

On peut noter que l'investissement numérique obéit à la même dualité, entre les enjeux de réactivité aux besoins qui invitent à une approche différenciée par site, et les enjeux d'interopérabilité entre acteurs du soin qui incitent plutôt à une approche régionale voire nationale.

## 1.2 Mutualisation des moyens d'investissement *versus* approche mono-site

La littérature anglo-saxonne évoque le « caractère grumeleux » (lumpiness) de l'investissement en santé : pour un site sanitaire pris isolément, seule une fraction de l'investissement – dit « courant » - correspond à un rythme annuel ; l'équipement majeur que représente l'immobilier est au contraire concentré sur une période brève, qui ne se renouvelle qu'à l'échelle de plusieurs décennies. La conduite de ces opérations d'investissement majeur soulève donc des questions à la fois de constitution de réserves financières suffisantes, et de maintien d'un savoir-faire.

La comparaison internationale met en évidence plusieurs modalités par lesquelles les différents pays traitent cet enjeu :

- par mutualisation entre opérateurs, permettant une rotation dans l'utilisation des capacités d'investissement ; c'est le principe d'une holding de groupe. On retrouve ce fonctionnement en France au niveau des Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) organisés en réseau national (Croix Rouge, Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (Adapt) par exemple)
- par un opérateur dédié qui assume le risque immobilier et met à disposition du patrimoine dont il a assuré le portage, dans une logique d'investisseur / bailleur. Ce modèle émerge en France dans le champ de l'hospitalisation privée, au travers des foncières telles qu'Icade Santé et Primonial REIM (qui ont décidé de se rapprocher en mars 2023<sup>2</sup>).
- par une autre forme de gouvernance adaptée à construire, sous la forme d'une filiale commune dédiée aux fonctions immobilières, dès lors qu'elle contribue aussi à une plus grande expertise de la maîtrise d'ouvrage. Les collectivités de Catalogne, de Norvège, le National Health Service (NHS) britannique, certains Länder ont mis en place des opérateurs publics spécialisés dans l'immobilier, qui sont mandatés

---

<sup>2</sup> <https://www.caissedesdepots.fr/actualites/icade-va-ceder-sa-participation-dans-icade-sante-primonial-reim>

pour piloter les opérations de construction et vont jusqu'à en assurer l'entretien, en contrepartie d'un loyer.

On peut remarquer qu'en France, l'exercice de la maîtrise d'ouvrage reste systématiquement une fonction exercée au niveau le plus central, quelle que soit la taille de la structure. Même à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et dans les groupes privés ayant le plus grand nombre de sites, le pilotage de l'investissement majeur reste placé sous la responsabilité d'une direction centrale et non des différents établissements hospitaliers, même si ceux-ci concourent à la conduite des projets. Cela témoigne de son implication stratégique et de l'effet d'expérience qui trouve son sens y compris à l'échelle de la plus importante entité de soins de France. La fonction immobilière reste néanmoins tributaire de la taille de l'entité juridique : elle n'atteint donc pas une taille critique suffisante dans les établissements de santé, et on y supplée alors par le recours à des assistances extérieures. La création des postes de Conseillers à la transition écologique, ayant aujourd'hui une fonction d'impulsion, est à cet égard intéressante. On voit émerger, au travers des GHT, de nouvelles formes de coopération en matière de compétences immobilières.

### 1.3 La capitalisation des pratiques et le partage d'expérience

La comparaison internationale met en évidence des disparités importantes dans le degré avec lequel l'investissement dispose de référentiels et de guides : les situations allemande et britannique semblent présenter deux extrêmes entre un niveau très faible de référentiels et une conceptualisation très poussée de valeurs de référence et de modèles d'organisation des soins. L'approche anglaise est en partie tributaire de l'organisation même du système de santé, très marquée par la centralisation au sein d'une administration hospitalière unique.

Cette tenue de référentiels comporte sa propre faiblesse : celle d'ériger en normes opposables ce qui devrait reposer, et s'en tenir, à des recommandations fondées sur les preuves. Le rapport ambigu aux référentiels nationaux en Angleterre, où une partie des professionnels les rejette au motif qu'ils érodent l'effort de réflexion spécifique à chaque projet doit être pris en compte ; il fait écho, en France, au débat sur l'opposabilité ou non des référentiels de dimensionnement publiés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (Anap), par exemple. Il n'est pas évident de trouver le bon équilibre entre documentation des pratiques et normalisation, mais l'étude fournit quelques enseignements à cet égard :

- Se fonder sur la méthode empirique et à ce titre, encourager l'évaluation des projets immobiliers a posteriori ; cela suppose de prévoir et de financer ces évaluations de « retour d'expérience », a minima pour les projets atteignant une envergure suffisante. Par extension, cela implique que l'agencement des rôles entre acteurs intéresse les financeurs à cette capitalisation des expériences ;
- Organiser la concertation pluriprofessionnelle autour de ces évaluations afin de progressivement formuler des recommandations, sans s'obliger à un caractère opposable mais en documentant les risques que la pratique recommandée permet de prévenir, et donc les équivalences à atteindre pour justifier un mode opératoire différent de la recommandation ;
- Accréditer des organismes ayant vocation à animer cette analyse des pratiques. Certaines sociétés savantes à orientation clinique s'engagent dans des réflexions sur l'organisation des locaux mais il manque une démarche d'ensemble pouvant

associer les métiers de la conception immobilière (programmistes, architectes) et de la régulation ;

- Enfin, s'interroger sur l'échelle pertinente pour assurer cette animation. La comparaison internationale montre qu'il est possible de constituer des référentiels à une échelle correspondant aux régions françaises. Les recommandations pourraient donc être soit nationales, soit régionales lorsque les difficultés d'assujettir ces recommandations à un consensus national l'emportent sur les bénéfices (dans ce cas l'échelon national serait positionné en animateur méthodologique de référentiels régionaux).

*L'intérêt de prendre un recul qualitatif sur les opérations Hôpital 2007*

Plusieurs rapports ont mis en exergue l'impact des opérations relevant du plan Hôpital 2007 sur la situation financière des établissements de santé et l'augmentation de l'endettement hospitalier. Il en va de même pour le recours à l'externalisation du financement au travers de partenariats publics-privés (PPP).

En revanche, une analyse plus approfondie de l'impact de ces opérations sur le plan de la délivrance des soins, de l'organisation de l'offre, de la qualité de vie au travail et de l'ingénierie n'a que très ponctuellement été réalisée, a fortiori de manière à comparer le résultat d'opérations similaires entre elles ; de même que l'impact sur le territoire (trame urbaine, dynamique démographique, impact sur l'emploi et les mobilités, etc).

Pourtant, le plan H2007 (de même que son successeur H2012) a comporté de manière récurrente des partis pris structurants, qui n'ont pas fait l'objet d'une réelle évaluation à leur issue ; ce qui ne permet pas de statuer sur l'intérêt de systématiser ces partis pris.

A titre d'illustration, le bilan publié en 2009 fait état de 171 opérations immobilières comportant des recompositions de l'offre de soins, parmi lesquelles 3 schémas récurrents :

- Les nombreuses fusions d'établissements, plutôt en zone rurale, se traduisant par l'installation d'un nouvel établissement à mi-parcours des deux établissements antérieurs, dont il serait intéressant de mesurer l'attractivité pour les patients et le personnel 15 ans après livraison, ainsi que l'impact sur les mobilités (patients, accompagnants, personnel) dans une perspective de développement durable
- Les cas de rapprochements entre établissements publics et privés sur un plateau technique unique, visant notamment à garantir le maintien de l'installation des professionnels de santé sur le territoire, et dont on mesure mal quelle proportion a su garantir le maintien de la clinique
- Les rapprochements entre établissements, plutôt en zone urbaine, aboutissant à créer des structures de très grande taille sur le plan capacitaire et donc à concentrer les flux et les professionnels sur un site unique.

Par ailleurs, dans une préoccupation transverse aux politiques publiques, il semble judicieux d'étendre cette analyse aux effets territoriaux de l'investissement en santé afin d'alimenter la réflexion urbanistique et les enjeux du développement durable (dans leur dimension énergétique, écologique et sociale). Les activités de santé se trouvent particulièrement visées par les efforts nécessaires à la transition écologique car elles sont de très fortes consommatrices de ressources sous toutes leurs formes : énergies,

mobilités, chauffage/rafraîchissement, fluides, numérique très haut débit et data centers, alimentation... ; les arbitrages et les travaux de capitalisation ont tout intérêt à prendre la pleine mesure des apports réciproques entre l'hôpital et son territoire. A titre illustratif, de nombreux équipements nécessaires sur un territoire sont également prévus à part entière dans un établissement de santé, pour ses propres besoins ; l'établissement ne peut pas toujours renoncer à un équipement en propre mais peut, en revanche, englober les autres besoins du territoire dans le dimensionnement de ses propres outils. C'est ainsi que les hôpitaux sont très dimensionnants en matière de chauffage urbain, de fibre et de data centers, de sécurité d'approvisionnement électrique et de traitement des eaux, de stationnement, de production de repas (mutualisable avec les besoins scolaires), d'organisation de transports, d'ateliers, de compétences techniques mutualisables avec les collectivités, ... L'implantation des services de santé dans la trame urbaine a également son importance en tant que vecteur de mobilités et de synergies avec d'autres services, qu'ils soient publics ou commerciaux. Les services de santé à chaque échelle suscitent des flux qui peuvent soutenir le dynamisme, par exemple, des centres-bourgs à l'échelle locale. Enfin, les activités de santé comportent une proportion importante d'emplois nécessitant peu de qualifications, et donc intéressants en termes de politiques locales d'insertion par le travail. Les établissements sanitaires et médico-sociaux ont été particulièrement mis à contribution lors de la démarche des « Emplois d'avenir » (2012-2016 ; 1/3 des 340 000 emplois d'avenir relevaient de la santé ou des services à la personne, et 10% étaient signés avec des établissements publics de santé).



## 2 Planification stratégique

Cette partie s'intéresse à toutes les modalités par lesquelles les investissements en santé sont planifiés et concertés par les différents acteurs. On peut distinguer 3 axes :

- décision d'investir et priorisation des projets fondées sur un inventaire factuel et exhaustif du patrimoine existant ;
- prospective de l'investissement en santé organisée à l'échelle de la maturité d'un tel investissement, soit 20 à 30 ans ;
- articulation entre planification territoriale et planification en santé.

### 2.1 Décision d'investir et priorisation des projets fondées sur un inventaire factuel et exhaustif du patrimoine existant

Comme évoqué précédemment, le pilotage des investissements comporte deux facettes : nécessité d'agir sur l'existant et son risque d'obsolescence d'une part, garantir la bonne implantation au regard des enjeux d'accès aux soins d'autre part. S'agissant de la première facette, la comparaison internationale a montré comment plusieurs pays étaient en capacité de tenir un inventaire à l'échelle régionale ou nationale recensant les caractéristiques du patrimoine bâti, et de qualifier ensuite le degré d'urgence à agir pour chaque élément de patrimoine.

Ce type d'inventaire systématique permet d'étayer le dialogue entre régulateur et opérateur sur les priorités territoriales d'investissement. Il est important pour manifester l'équité de traitement dont bénéficient les différents sites hospitaliers et les guider dans leurs efforts. Par ailleurs, il permet de reconnaître ceux qui assurent de manière plus proactive l'entretien de leur patrimoine, alors que la maintenance peut être plus difficile à justifier.

En France, de tels inventaires existent dans d'autres politiques publiques, notamment au niveau des services et opérateurs de l'Etat qui ont l'obligation de tenir un schéma pluriannuel de stratégie immobilière (SPSI) incluant un inventaire et une qualification technique assez précise de chaque élément de patrimoine. L'inventaire est tenu avec l'appui du réseau de l'administration des finances publiques.

On peut également considérer que cette procédure existe en termes de patrimoine numérique des établissements de santé : l'éligibilité aux programmes nationaux d'aide au numérique (hôpital numérique, Hop'En) est conditionnée au fait que l'établissement tienne à jour sa situation dans l'observatoire des systèmes d'information de santé. Par ce biais, les échelons national et régional disposent d'une visibilité sur le degré avec lequel chaque domaine fonctionnel est couvert, les choix logiciels et technologiques qui ont été effectués.

En outre, la mise en œuvre de la transition écologique va entraîner un besoin d'inventaire non spécifique à la santé, mais auquel les établissements de santé seront astreints : taille du patrimoine, caractérisation des modes de construction, d'isolation et de chauffage, performances et consommations énergétiques vont faire l'objet d'un recueil systématique. Il y a une opportunité à se saisir de cette obligation pour y joindre des critères de fonctionnalité des locaux sur le plan des soins (équipement des chambres, enjeux de sûreté et de gestion des fluides, adéquation aux flux de malades, ...).

En complément, les exemples britannique et canadien fournissent des outils pour l'analyse des plans de maintenance, transposables au contexte français et à la robustesse déjà démontrée. Un inventaire plus systématique pourrait accompagner l'émergence de

fonctions immobilières à l'échelle des GHT, une tendance déjà engagée dans les territoires. Pour les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et les Centres de lutte contre le cancer (CLCC), dans la mesure où l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et les universités sont soumises à l'obligation de tenir un SPSI, la stratégie immobilière des établissements hospitalo-universitaires pourrait faire l'objet d'une planification correspondante, compatible avec les orientations de ses partenaires académiques.

## 2.2 Prospective de l'investissement en santé organisée à l'échelle de la maturité d'un tel investissement, soit 20 à 30 ans

La perspective historique française a montré comment une planification initialement centrée sur la programmation des investissements s'en est progressivement détournée pour devenir un outil de restructuration de l'offre, puis de gradation de certaines pratiques. Actuellement, l'horizon temporel des documents de planification est trop court pour servir à la programmation d'investissements et sert avant tout des enjeux de court terme (5 ans pour le SRS) pour la segmentation de l'offre, agissant en termes de compétences et d'équipements présents sur les différents sites, d'orientation dans les parcours patients, mais plus rarement sur des conséquences structurelles (sur le bâti). Le caractère opposable des appréciations capacitaires (taux d'équipement) a été retiré.

La comparaison internationale montre les importantes différences d'approche en la matière, certains pays ayant conservé une validation des taux d'équipement et des capacités ouvertes par site alors que d'autres ont supprimé ces dispositions : alors que la régulation par le biais de taux d'équipement a été abandonnée en France depuis la refonte des Schémas régionaux de l'offre de soins (Sros), elle est maintenue en Italie et en Allemagne, ainsi que dans certains Etats américains. Un récent retour d'expérience Covid aux Pays-Bas évoque l'intérêt de rétablir des taux d'équipement pour des activités de recours tels que les soins intensifs car la régulation de marché répond mal aux situations exceptionnelles. Dans d'autres pays encore, l'existence d'un service à compétence nationale hospitalier remplace cette régulation par un schéma directeur territorial : ces documents de planification ont des horizons plus ou moins longs, allant jusqu'à 20 ans en Israël. Le Québec produit un plan d'infrastructure sur 10 ans, actualisé annuellement, et qui intègre un volet pour les opérations à l'étude au-delà de l'échéance décennale.

Les projets d'investissement majeur ont un horizon temporel qui va au-delà des 5 ans de planification intégrés aux SRS et à l'horizon des mesures Ségur actuelles. Il est courant de se projeter sur 20 à 30 ans pour garantir la cohérence du projet avec les prévisions d'évolution démographique. Le dimensionnement de ces projets suppose de réintroduire des raisonnements capacitaires que la réglementation ne diffuse plus, par exemple en termes de taux d'équipement et d'hypothèses de taux d'occupation.

La prospective sur l'investissement vise avant tout à répondre à la 2<sup>e</sup> facette susmentionnée, et ainsi à vérifier que les projets engagés contribuent à garantir l'égal accès aux soins. La comparaison internationale a montré comment, même en Allemagne ou aux Etats-Unis, des dispositions étaient prises pour apprécier l'éloignement des structures de soins et prendre des mesures correctrices alors même que la planification était peu développée : ces pays fixent des règles en matière de distance maximale pour les soins intensifs, les soins non programmés, l'obstétrique par exemple. Cette prospective doit être du ressort de l'acteur investi de la responsabilité devant l'utilisateur de l'accès aux soins. Elle peut utilement s'étendre au moins sur 20 ans, quitte à nuancer son caractère

opposable ou non aux acteurs. La prospective démographique assurée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) y tient une place essentielle.

En France, cette responsabilité de la planification semble en reconfiguration, comme l'illustre par exemple le débat législatif autour de l'association des collectivités à l'adoption des documents de planification opposables (loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique (3DS)), ou au sujet du pouvoir d'autodétermination des GHT en matière d'implantation des activités de soins (loi de modernisation du système de santé de 2016). Les derniers développements augmentent le devoir d'information et de concertation des ARS, sans toutefois modifier la voie de recours qui reste celle de l'Etat central.

Par ailleurs, le secteur hospitalier public est astreint à des principes d'évaluation socio-économique préalable, imposés par la loi de programmation des finances publiques de 2012, pour les projets de plus de 20 M€ hors taxes de travaux. Dans la comparaison internationale, seuls les projets immobiliers anglais semblent soumis à ce même niveau d'exigence. L'appréciation de l'équilibre entre les coûts d'investissement et les bénéfices en termes de santé publique, exprimé par exemple en quality-adjusted life years (Qaly), présente l'intérêt d'une convergence méthodologique avec le mode d'évaluation en vigueur pour les produits de santé : les critères d'appréciation de médicaments onéreux et de projets d'investissement sont proches.

La réalisation de tels calculs reste cependant très complexe : cela suppose notamment, pour chaque activité de soins et chaque territoire, d'être en capacité d'apprécier l'impact en termes de santé de différents scénarios d'implantation. Pour que des calculs d'une telle ampleur soient absorbables dans l'instruction des projets d'investissement, il y aurait un intérêt à développer des méthodes de travail et des hypothèses communes à l'échelle de chaque activité de soins ; à cet égard, il faut observer que le travail réglementaire de définition des activités de soins ne comporte pas de calcul socio-économique, ce qui limite la capacité en aval à appliquer des calculs complexes sur des opérations individuelles d'investissement.

A titre d'illustration, la refonte récente du régime d'autorisations des soins médicaux et de réadaptation pourrait être complétée par des orientations sur l'accessibilité géographique et sur les objectifs visés en termes de santé publique ; il est difficile, à l'échelle d'un projet d'investissement individuel, d'effectuer une estimation de sa « valeur socio-économique » si l'opérateur doit lui-même déterminer les objectifs qu'il vise en matière d'années de vie gagnées en bonne santé.

### 2.3 Articulation entre planification territoriale et planification en santé

L'étude internationale a montré que dans l'ensemble, les liens restaient peu formalisés entre politiques de santé et autres politiques de développement territorial quel que soit le pays. Pour autant, ces liens ne sont pas inexistantes et les documents de planification en santé tendent à viser des documents plus généraux exposant une stratégie régionale de développement.

En France, la planification territoriale a connu une accélération relativement récente mais les territoires disposent désormais de documents esquissant une stratégie territoriale, à laquelle la planification en santé peut s'adosser. A minima, il semble opportun d'encourager des renvois croisés entre ces documents de planification, par exemple en veillant à adopter

les mêmes hypothèses démographiques ; il en va des cohérences d'approche entre politiques publiques.

A titre d'illustration, les enjeux d'environnement, de mobilité et de développement économique ont suscité la formalisation des Schémas Régionaux d'Aménagement, de Développement Durable et d'Égalité des Territoires (Sradet) ; les problématiques d'urbanisme, de logement et de maîtrise foncière ont suscité la formation des Schémas de Cohérence Territoriale (SCoT). Ces documents illustrent à quel point la concertation entre collectivités permet d'aboutir à une vision partagée sur les polarités à soutenir, sur la gradation des niveaux de service en fonction de ces polarités, en faveur d'un développement harmonieux du territoire.

Autre illustration, on connaît l'impact des aménagements routiers sur les flux de consommations de soins et l'évaluation de ces projets de transport pourrait donc faire l'objet d'une concertation avec les services sanitaires pour en apprécier l'impact. Idem pour les schémas d'aménagement numérique, alors que certaines études soulignent le poids considérable des activités de soins dans la consommation numérique totale (un rapport du Ponemon Institute l'évaluait à 30% de la masse totale de données mondiale dès 2012).

En Allemagne comme en Italie, les documents de planification de l'offre de soins se réfèrent à des documents stratégiques régionaux de développement territorial, transverses aux politiques publiques, qu'ils viennent décliner dans le champ de la santé.

Enfin, l'effort significatif et croissant des collectivités locales en faveur de l'investissement dans le premier recours pourrait utilement donner lieu à une concertation intercommunale, par exemple à l'échelle d'un plan local d'urbanisme intercommunal (PLUi) ou d'un SCoT, sous la forme d'un volet « premier recours ». La réflexion méthodologique sur ce point pourrait être développée, à l'appui de collectivités volontaires et en se fondant sur les acquis des contrats locaux de santé.

En termes de dialogue public, la transparence avec laquelle certaines administrations étrangères documentent leurs réflexions sur l'investissement et les mettent à disposition du public comporte des enseignements utiles ; c'est le cas en particulier des établissements britanniques qui ont l'obligation de rendre publics la quasi-intégralité des documents délibérés dans les instances hospitalières, y compris dans le champ de l'investissement. Dans tous les pays étudiés, les projets d'investissement en santé suscitent un intérêt important de la part des usagers et sont donc très présents dans le débat public. L'étude n'a pas repéré de démarches particulièrement abouties en termes de dialogue public mais cela constitue certainement un axe de réflexion, au regard des enjeux que représente l'offre de soins sur un territoire. Il conviendrait également d'objectiver le degré avec lequel les acteurs eux-mêmes mobilisent l'espace public pour faire avancer leur projet.

### 3 Critères d'investissement et étapes d'investissement

La comparaison internationale s'est attachée à décrire avec précision les processus d'instruction et de décision relatifs aux projets d'investissement. Les différences d'approche sont très significatives et liées notamment aux choix d'agencement entre acteurs (en particulier l'exercice de la maîtrise d'ouvrage et sa relation à la maîtrise d'œuvre).

En premier lieu, les étapes d'investissement et leur pilotage restent tributaires des choix effectués en matière de planification, précédemment évoqués. Trois axes se dégagent pour les enseignements sur le processus décisionnel :

- un séquençage du processus décisionnel avec un engagement sur le financement précoce plutôt que tardif, en contrepartie d'une exigence forte dans l'instruction et la conception des projets et d'une consignation des crédits jusqu'à l'engagement de la construction,
- un encouragement de l'émulation et de l'innovation, tant urbanistique qu'architecturale, pendant toute la phase d'études,
- une valorisation du franchissement des jalons sur un plan décisionnel et en termes de dialogue public.

#### 3.1 Séquençage du processus décisionnel : engagements clairs et précoces sur le financement, les objectifs de santé publique et les exigences d'organisation

Les méthodes britanniques, italiennes, nordiques insistent sur la nécessité de jalons décisionnels dans un projet d'investissement et bloquent l'instruction de phases détaillées d'un projet tant que de premiers jalons stratégiques n'ont pas été validés par les instances compétentes. Une responsabilisation des acteurs sur le respect de ces jalons est installée, allant jusqu'à la formalisation d'un mandat pour instruire les phases plus détaillées. L'engagement ferme sur les sources de financement à chaque étape constitue l'une des exigences manifestes de ces étapes décisionnelles ; en contrepartie, l'avancement d'un projet est conditionné à sa priorisation au regard des autres besoins du territoire, où l'on retrouve les deux facettes précitées (vétusté patrimoniale ; égal accès aux soins). L'Italie et l'Angleterre fournissent des exemples de procédures documentées.

#### 3.2 Nouvelles approches des phases d'étude urbanistique et architecturale

Le déroulement des phases d'études reste tributaire des réglementations nationales en matière de maîtrise d'œuvre, et la comparaison internationale a documenté la diversité de pratiques entre pays. En ce qui concerne la commande publique en matière de travaux, la France ressort avec un couperet très marqué entre les phases préalables à la sollicitation d'un architecte et celles associant ce dernier ; ce couperet peut aller à l'encontre des intérêts du secteur de la santé, en particulier pour des projets de très haute complexité tels que les hôpitaux. En effet, le souhait de préserver l'autonomie des architectes dans la réalisation des études de conception et de réalisation des ouvrages a conduit à leur conférer l'exclusivité réglementaire de ces actes, et à conforter ce rôle tant sur le plan de la formation que de la responsabilité civile ; le concours d'architecture consacre, en matière d'achat public, le moment de sélection de l'architecte chargé de mettre en œuvre le projet. Il tend néanmoins à enfermer les cabinets d'architecture dans ce rôle, au détriment d'une implication dans les phases plus en amont de réflexion stratégique sur les besoins immobiliers. On constate que des pays sont allés moins loin dans la formalisation du « monopole architectural », ce qui paradoxalement laisse plus de souplesse pour associer

ces professionnels aux stades précoces de réflexion ; les approches sont néanmoins très contrastées d'un pays à l'autre en termes d'association des concepteurs, des économistes et des entreprises du bâtiment.

La complexité des projets hospitaliers justifierait un droit à l'expérimentation d'autres relations entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre que celles actuellement prévues en matière de commande publique, en arguant de la complexité quasi-industrielle et des enjeux d'optimisation des flux qui sont inhérents au fonctionnement hospitalier ; et en s'appuyant là aussi sur la structuration de partenariats de long terme, compatibles avec le cycle d'investissement. Des exemples sont décrits dans la comparaison internationale, notamment en Angleterre et en Allemagne, sans que des conflits d'intérêts ou une inégalité d'accès à la commande publique ne soient mis en évidence.

Ceci vaut également pour les opérateurs qui engagent les investissements, avec l'intérêt de faire émerger une expertise dans la maîtrise d'ouvrage, dépassant le stade de la maîtrise d'usage et fondée sur un portefeuille suffisant et récurrent d'opérations à accompagner. L'émergence de mutualisations et/ou d'opérateurs dédiés à la conduite des opérations d'investissement, précédemment évoquée, facilite par la même occasion la capitalisation des expériences. Cette mutualisation d'expertises existe dans d'autres politiques publiques en France mais reste relativement embryonnaire en santé.

### 3.3 Valorisation du franchissement des jalons sur un plan décisionnel et en termes de dialogue public

La clarification d'étapes décisionnelles donne aussi de la lisibilité aux différents acteurs et permet de valoriser les acquis auprès des tiers, qu'il s'agisse des équipes internes à un établissement de santé ou des usagers. La comparaison internationale a également retracé les enjeux managériaux inhérents aux projets d'investissement, qui constituent un élément important de valorisation de la réussite professionnelle ; ce point est à prendre en compte dans l'élaboration des procédures d'investissement, d'autant que les mandats exécutifs sont souvent d'une durée plus courte que le délai de réalisation d'un investissement majeur. La formalisation de jalons intermédiaires et reconnus sur les projets au stade des études peut atténuer une sur-focalisation sur l'étape de déclenchement des travaux. Elle contribue également à renforcer le cadrage stratégique très en amont afin d'assurer un déroulement progressif et sécurisé de chaque projet.

La connaissance du patrimoine *via* la réalisation d'un inventaire, précédemment évoquée, constitue un appui essentiel pour l'effort de transparence et d'équité dans la priorisation des investissements publics et joue ainsi un rôle important dans la concertation avec les usagers.

On peut noter, au demeurant, que le cloisonnement entre acteurs est nettement moins prononcé dans le champ de l'investissement biomédical et numérique, où l'approche est beaucoup plus partenariale. Il existe tout un écosystème en matière numérique et une diversité de modes opératoires sont proposés aux acteurs de santé, aboutissant d'ailleurs à abolir dans une certaine mesure la frontière entre coûts d'exploitation et coûts d'investissement. Il existe néanmoins quelques activités sur lesquelles la problématique d'investissements reste prépondérante, mais elle relève plutôt d'acteurs spécialisés que d'investissements effectués directement par les offreurs de soins : il s'agit des grands centres d'exploitation (data centers) et de l'investissement dans les réseaux (fibre) ; il s'agit également de développement de nouveaux domaines fonctionnels (e-santé) pour

lesquels les offreurs de soins, hospitaliers comme de ville, ont plutôt un rôle de consommateur que de véritable maîtrise d'ouvrage.

## 4 Financement

La comparaison internationale a mis en évidence différents modes de financement et de contrôle de la dépense publique. Ceux-ci partagent une même lecture comptable et financière du financement des investissements, mais divergent en termes d'approche à promouvoir, essentiellement en fonction de la posture que le régulateur souhaite tenir ; et notamment d'équilibre entre financement par subventions ou par intégration aux tarifs.

Tout d'abord, les pays ont en commun d'avoir développé des méthodes comptables et financières qui distinguent les cycles d'exploitation courante et d'investissement, et qui assurent la liaison entre ces deux cycles au travers de notions d'autofinancement et d'amortissement : les excédents issus de l'exploitation courante (d'une année donnée) ne financent jamais un investissement majeur car celui-ci obéit à une toute autre périodicité ; en revanche, ils en garantissent la solvabilité auprès de tiers. Les techniques comptables ont également en commun de discerner, parmi ces tiers, ceux qui restent extérieurs à sa stratégie et auprès desquels l'établissement contracte une dette (essentiellement les banques) et ceux qui ont été à l'origine de la création de l'établissement et/ou en assurent la tutelle : investisseurs et/ou fondateurs dans le cas des cliniques privées, personne(s) publique(s) fondatrice(s) dans la sphère publique<sup>3</sup>, qui conservent dans des proportions variables des prérogatives en matière de définition de la stratégie de l'établissement. Dans sa définition même, l'investissement met ainsi en jeu la relation entre deux entités, l'établissement de santé et son « Porteur » (*Träger*), pour reprendre l'expression allemande, sur la capacité à dégager un excédent et le cas échéant, sur son affectation.

Dans des sociétés à but lucratif, c'est sur ce principe que l'investisseur récupère une rémunération de ses capitaux (par des dividendes), ce qui a d'ailleurs fondé son intérêt initial à créer l'établissement. Il est intéressant à cet égard de relever que plusieurs groupes de cliniques s'engagent dans une reconnaissance juridique en tant que société à mission, opérant ainsi une distinction entre le but lucratif de leur(s) investisseur(s) et la vocation d'intérêt général des établissements de santé. Cela rappelle que l'objet social et les intérêts de l'établissement ne se confondent pas avec ceux de son propriétaire, en droit privé comme en droit administratif, et que les décisions d'investissement constituent l'un des marqueurs de cette divergence ; c'est partant de ce principe que le régulateur américain, comme évoqué ultérieurement, considère que le recours au capital-investissement est une des modalités de financement (parmi d'autres) des besoins en capitaux des établissements de santé . Dans la sphère publique, c'est en principe l'apport initial de capitaux qui fonde la légitimité de la Tutelle et du contrôle de la stratégie de l'établissement public, qui constitue une extension de la Personne Publique fondatrice.

---

<sup>3</sup> Cf. étude du Conseil d'Etat publiée en 2009, soit à la veille de la loi HPST : <https://conseil-etat.fr/publications-colloques/etudes/les-etablissements-publics>

On comprend ainsi que la notion de financer l'investissement « par les tarifs » constitue une contraction de différentes étapes : une tarification (ou dotation) qui va au-delà des coûts d'exploitation dégagera effectivement des excédents mais ne finance pour autant jamais l'investissement de manière directe, ces excédents pouvant, dans le dialogue entre l'établissement et son *Träger*, être :

- affectés à de nouvelles activités,
- affectés à de l'investissement (autofinancé ou porté par un tiers) à la hauteur des ressources dégagées,
- mis en réserve au niveau de l'établissement pour servir un projet futur,
- récupérés par l'investisseur au titre de dividendes,
- servir à justifier l'attraction de nouveaux capitaux auprès de tiers, dès lors que ces ressources sont dégagées de manière pérenne et peuvent donc justifier un nouvel emprunt (ou l'entrée dans le capital d'un nouvel investisseur).

L'articulation des prérogatives entre établissement et *Träger* est régulièrement débattue dans le champ hospitalier et les directeurs d'établissement ont pu rappeler le risque d'une déconnexion entre arbitrages sur l'investissement et pilotage de l'évolution des techniques et pratiques médicales. Le regard sur d'autres pays permet de découvrir comment chacun s'efforce de garantir des investissements en adéquation tant avec les besoins qu'avec l'innovation. En effet, c'est à partir de ces constats de technique comptable et financière que les options retenues par les différents pays divergent, en fonction de la stratégie qu'ils déploient en matière de régulation du secteur.

Le cas extrême en matière de financement « par les tarifs » se retrouve dans la pratique américaine de Medicare et de l'Etat de Californie, ou celle des Pays-Bas. Dans ces cas de figure, où le régulateur ne souhaite pas intervenir dans les stratégies d'investissement des opérateurs mais privilégie plutôt le « libre jeu » de la concurrence, il n'y a pas de subvention à l'investissement mais un effort de « juste rémunération » des capitaux engagés par le biais des tarifs assurant l'attractivité des offreurs de soins sur les marchés financiers. Cette disposition est assortie de deux précautions : d'une part le financement des capitaux est isolé dans la tarification de manière à bien mettre en évidence la part qu'il représente, d'autre part il est assorti d'un dispositif de garantie d'Etat sur les emprunts contractés. Les Pays Bas mobilisent un dispositif de Caisse de garantie similaire à ce qui est déployé, en France, dans le champ du logement social : cette caisse est mandatée pour contrôler l'équilibre économique des établissements adhérents et la soutenabilité financière de leurs nouveaux investissements, avec une intervention distincte de celle des autorités de tutelle.

Dans les autres pays à modèle plutôt beveridgien (Pays scandinaves, Italie, Espagne par exemple), soit à l'opposé de celui évoqué dans le paragraphe précédent, on retrouve des hôpitaux qui sont dotés de la personnalité morale et qui sont rattachés soit à un service national unique, soit à des collectivités locales. Dans les deux cas, ces entités sont centrées sur l'exploitation courante, et c'est la collectivité de rattachement (ou le service national) ressort qui détermine les priorités d'investissement, qui conduit les opérations et qui identifie en conséquence les budgets d'investissements nécessaires : l'établissement de santé ne bénéficiera de moyens additionnels qu'après la décision de lancer l'investissement. Il n'y alors qu'une faible distinction entre pilotage de l'investissement et régulation de l'offre ; le contrôle de la qualité et de la sécurité peut faire l'objet d'une Autorité indépendante, qui n'intervient néanmoins pas dans l'accessibilité des soins.



Ce transfert de moyens peut d'ailleurs s'opérer de trois manières :

1. la mise à disposition des locaux finalisés lors de leur mise en service,
2. le versement d'une subvention en capital *in house*<sup>4</sup>, dans le cas où la collectivité de rattachement préfère que les dépenses d'investissement (et d'emprunt) soient imputées à l'établissement de santé dès la phase de travaux
3. le recours à un opérateur *ad hoc* spécifiquement doté de la compétence immobilière mutualisée, en positionnant l'établissement de soins en locataire d'un investissement géré par ailleurs.

On retrouve alors, dans ce 3<sup>e</sup> cas de figure, un schéma très semblable au tout premier évoqué pour la Californie, en ce que les rôles d'investisseur et d'exploitant se trouvent distingués. Dans ces modèles, ce sont plutôt les rôles d'investisseur et de régulateur qui sont largement confondus, plutôt que ceux d'exploitant et d'investisseur ; et la planification associe dans ce cas très étroitement autorisation et financement. On comprend ainsi que l'investissement, malgré sa facette de « commodité logistique » précédemment évoquée, qui tend à la rapprocher des activités d'exploitation technique courante du bâti, soulève des questions fondamentales de gouvernance, de définition de l'objet sur lequel l'autonomie d'un établissement de santé a vocation à s'exercer.

L'Angleterre isole un budget d'investissement au plus haut niveau parlementaire, ensuite décliné par le NHS au niveau des différents établissements *via* une régulation régionale ; mais la pratique montre qu'il se retrouve rogné par les préoccupations de solvabilité du cycle d'exploitation. En pratique, les coûts de recapitalisation des établissements (ce qu'on appelle en France les « aides en trésorerie ») sont isolés dans un fonds national distinct des enveloppes d'investissement, ce qui permet une meilleure traçabilité de la situation financière des opérateurs. Les *Länder* allemands sont autonomes dans la définition de leur politique d'investissement, qui intègre une part dédiée aux investissements hospitaliers, qu'ils sont en principe seuls à financer car les tarifs n'ont pas vocation à les couvrir ; ce principe est en train d'être retravaillé au motif d'un sous-investissement évoqué par les fédérations hospitalières ; il reste que c'est clairement l'exécutif du *Land* qui répond de l'égalité d'accès géographique aux soins.

L'exemple britannique est également intéressant par les enseignements qu'il fournit pour le financement des besoins immobiliers des structures d'exercice collectif : ce financement est traité distinctement de la rémunération de l'activité, par le biais d'une couverture de loyers calculés avec l'appui des bases fiscales. Il peut donner lieu à un apport de capital sous forme d'avances remboursables, dans lesquelles le NHS fournit des capitaux et se rembourse ensuite en déduction du financement des loyers. Ce mécanisme a existé en France, historiquement, pour la création de nouveaux hôpitaux.

Dans tous ces environnements, il existe une part de contribution de l'opérateur à ses propres investissements, en fonction des excédents qu'il est en capacité de dégager, mais celle-ci ne semble pas constituer le canal principal attendu pour le financement de ces investissements. Hormis les fonctionnements assimilables à celui des Etats-Unis, on comprend que l'autofinancement des investissements n'est que ponctuellement la règle et que le pilotage des investissements renvoie à des choix de gouvernance du système de santé : comme évoqué précédemment, les systèmes de santé tendent à mettre en

---

<sup>4</sup> Dès lors que l'établissement de santé est considéré juridiquement comme un service public quasi-régie rattaché à une collectivité, à laquelle cette collectivité a décidé de conférer la personnalité morale mais conserve un contrôle direct, les modalités de dévolution d'un patrimoine immobilier et/ou de financements à l'investissement à cet établissement sont considérés comme relevant des affaires internes à la collectivité (« *in-house* ») ; cette possibilité n'est pas offerte si les critères de contrôle ne sont pas réunis, auquel cas l'aide versée est susceptible d'être qualifiée comme introduisant une distorsion de concurrence.

cohérence l'autorité sur le financement des investissements majeurs avec la responsabilité à l'égard de l'utilisateur sur l'égal accès géographique aux soins.

Les réflexions en cours en France sur la responsabilité populationnelle sont d'un intérêt particulier à cet égard, comme évoqué précédemment.

En synthèse, le choix du modèle de financement le plus adapté dépend de la stratégie adoptée en matière d'interventionnisme dans la régulation de l'offre, associant modalités financières et régimes d'autorisation. La France se situe dans une situation intermédiaire, associant subventions d'investissement et mobilisation d'excédents sur les revenus d'exploitation ; elle se distingue par l'ampleur des prérogatives conférées aux établissements individuels en matière de pilotage des investissements, qui ne trouve son équivalent que dans les pays ayant opté pour un désengagement de l'Etat dans le pilotage des implantations.

#### 4.1 Méthodes de contrôle économique et financier applicables aux établissements assurant le service public hospitalier

L'analyse n'a pas retrouvé, dans les autres pays étudiés, des tensions équivalentes à celles qui existent en France en matière de dialogue budgétaire.

Tous les pays étudiés comportent des établissements en redressement économique, et des désaccords sur l'imputation de ces déséquilibres à des défauts de financement ou à des défauts d'organisation. En revanche, on ne perçoit pas une conflictualité équivalente sur l'appréciation de la notion de résultat, de la construction budgétaire, et de la quote-part des revenus ayant vocation à abonder les capacités d'investissement.

A cet égard, on peut s'interroger sur la complexité française qui lie les établissements publics de santé, les collectivités, les services de l'Etat et les agences régionales de santé. Alors que le système français repose sur un interlocuteur unique pour le contrôle financier et la régulation de l'offre de soins, au travers des ARS, certains pays tels que l'Allemagne et les Etats-Unis distinguent fortement ces deux rôles au travers d'administrations distinctes, sans que l'étude soit en capacité d'identifier les avantages et inconvénients d'un tel modèle par rapport au fait de lier les deux à une autorité unique ; dans d'autres pays encore, les établissements constituent des filiales du service de santé régional et le contrôle s'exerce donc encore différemment. A ce sujet, il faut préciser que le degré d'homogénéité français dans les principes managériaux, budgétaires et comptables applicables au service public hospitalier ne trouve pas toujours d'équivalent dans les autres pays : les règles de la Fonction Publique Hospitalière et du statut des praticiens, la codification du statut des établissements publics de santé, ainsi que l'adossement de la tenue des comptabilités auprès de la Direction Générale des Finances Publiques constituent des fondements puissants pour une action homogène à l'échelle nationale, alors que d'autres pays composent avec un paysage plus hétérogène en termes de gestion du personnel et de contrôle financier des opérateurs.

Un approfondissement sur les techniques budgétaires d'autres pays permettrait d'identifier des alternatives aux choix français, où certains choix sémantiques (« marge ») suscitent l'incompréhension des équipes soignantes. On peut citer par exemple le fonctionnement mis en place pour les universités en France lors du passage aux « responsabilités et compétences élargies » en matière d'immobilier, et que l'on retrouve dans les « Foundation Trusts » britanniques : les établissements d'enseignement supérieur avaient des niveaux différents d'autonomie dans la gestion de leur patrimoine immobilier vis-à-vis de l'Etat.

Enfin, si la tendance aux fusions entre structures présente l'intérêt de mutualiser à la fois les compétences techniques et les capacités financières, elle brouille en revanche la lecture des cycles d'exploitation. Dans le champ public, la technique budgétaro-comptable gagnerait à moderniser son approche en faveur d'une meilleure analyse de chaque site d'exploitation (c'est déjà le cas pour les budgets médico-sociaux), alors que les fusions d'établissement conduisent actuellement à confondre les différents sites hospitaliers dans un budget unique ; le cas échéant, les enjeux d'investissement pourraient bénéficier d'une section budgétaire distincte. Dans la sphère privée, le suivi financier par le régulateur reste faiblement structuré, alors que les revirements de jurisprudence en 2016/2017 avaient conduit à renforcer le suivi des marges (et à étendre aux cliniques privées le périmètre de contrôle de la Cour des Comptes)<sup>5</sup>.

#### 4.2 Autorité des collectivités locales sur la priorisation des investissements

La comparaison internationale montre une préoccupation accrue pour faire coïncider le ressort territorial de la patientèle d'un établissement et la représentation de ces territoires dans la gouvernance des opérateurs.

En France, la création des GHT s'est accompagnée de la détermination de périmètres géographiques sur lesquels ces groupements exercent un rôle de référent pour le service public hospitalier. Par extension, il devient possible d'expérimenter une implication accrue des différentes collectivités intégrées à ce périmètre dans le financement, sous réserve d'assurer une représentation équilibrée des différents territoires dans la prise de décision. L'expérience internationale montre que l'investissement peut être piloté à différentes échelles, dès lors que ces échelles atteignent une taille critique suffisante.

Notons qu'aucun établissement de santé n'a un ressort strictement communal et que pourtant une majorité d'établissements publics relèvent de ce statut en France : la gouvernance des établissements de santé reflète mal la généralisation du fait intercommunal intervenue depuis 2016, et les prérogatives de cet échelon en matière d'aménagement.

---

<sup>5</sup> Cf. référé de la Cour des Comptes en 2019 : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-06/20190613-refere-S2019-0885-constats-contrôles-cliniques-privées.pdf>